

Adherence kuřáků k prevenci ICHS

prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, Praha

Kuřáci mívají obecně nižší adherenci k léčbě včetně užívání jakékoli medikace a k prevenci rovněž – v případě ischemické choroby srdeční (ICHS) je to především horší skladba diety, např. více tuků, a menší fyzická aktivita. S kouřením je ale spojen i vyšší výskyt mnoha dalších kardiovaskulárních rizikových faktorů (KV RF) jako diabetes mellitus, abdominální ukládání tuku, deprese. I když se po zanechání kouření může zvýšit hmotnost, KV riziko se jednoznačně sníží, a to zhruba o polovinu.

Klíčová slova: kouření, kardiovaskulární riziko, prevence, adherence.

Smokers' adherence to ischaemic heart disease prevention

In general, smokers tend to have lower adherence to treatment, including any medication intake and prevention, as well – in the case of coronary artery disease (CAD), this is primarily due to poorer diet, such as more fat, and less physical activity. However, smoking is also associated with a higher incidence of many other cardiovascular risk factors (CV RF) such as diabetes mellitus, abdominal fat deposition or depression. Although weight can increase after quitting smoking, the CV risk is clearly reduced by about a half.

Key words: smoking cardiovascular risk, prevention, adherence.

Úvod – kouření a ischemická choroba srdeční (ICHS)

V online verzi tabulek kardiovaskulárního (KV) rizika SCORE můžeme toto riziko impesivně o 50 % snížit jen tím, že políčko „kouří“ bude oproti zaškrtnutému prázdné (1). Tedy kuřáci už zapálením cigarety své KV riziko zdvojnásobují. Přestat kouřit je první krok k prevenci ICHS – je však třeba uznat, že to není jednoduché – ale o tom jsou jiné články. Připomeňme alespoň, že KV riziko klesá velmi rychle, v řádu dnů od poslední cigarety – na rozdíl od rizika onkologického. Dokonce i u nekuřáka lze prokázat cévní změny už po několika minutách v zakouřeném prostředí. Jinak řečeno, KV riziko zvyšuje i jen malá dávka kouře, včetně kouření pasivního, a to o 25–30 % (2).

Intervence u kuřáků – zvýšení adherence k léčbě ICHS?

Motivace k odložení cigaret jsou různé, ale právě KV riziko by mohlo zapůsobit, zejména v sou-

vislosti s přítomností dalších z mnoha desítek KV rizikových faktorů (RF). Příklady motivace: „Každá cigareta poškozuje.“, „Léky, které užíváte, budou účinnější, když přestanete kouřit.“, „Už v řádu hodin od poslední cigarety se vaše KV riziko začne snižovat.“, „Když přestanete kouřit, zpomalíte průběh své cukrovky a snížíte své riziko oslepnutí (poškozením cév očního pozadí), selhání ledvin či gangrény... (vždy zmiňovat konkrétní pacientovu diagnózu).“

Nebolí to, následek není okamžitý

Když někoho přejede auto, je to vidět. Vliv kouření hned znát není, po cigaretě se sice vyplaví stresové hormony a dojde k dalším změnám v těle, kuřák je ale prakticky nevnímá. Dopad na zdraví se ukáže až po mnoha letech či desetiletích.

Podcenění významu

„Kdyby to bylo tak nebezpečné, nemohlo by se to volně prodávat!“ To je logické a kdyby někdo

chtěl v nějaké zemi začít prodávat cigarety, nikde by to nemohli dovolit, protože ten zhoubný vliv dnes známe. Bohužel jsme ho neznali kolem roku 1900, kdy epidemie kouření začala: cigarety se začaly chrlit z právě vynalezených strojů.

Adherence kuřáků k užívání léků

Nejčastější komorbiditou kuřáků je psychiatrická diagnóza. Mezi psychicky nemocnými jich kouří zhruba 2x více než v ostatní populaci, a zde je zdokumentovaná menší adherence k psychiatrické medikaci (3). Lze se domnívat, že také jiné léky, včetně léků na ICHS, budou kuřáci užívat méně často a méně správně. Nedělejme si iluze – hypotonika užívá celkově jen polovina těch, kterým jsme je předepsali, a dokonce jen kolem 20 % zcela správně (4, 5).

Vzory ve společnosti

Jsmo ovlivňováni osobnostmi veřejného života, ať umělci či politiky. Bohužel řada z nich



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Eva Králíková, CSc., eva.kralikova@lf1.cuni.cz

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Karlovo náměstí 32, 128 00 Praha

Cit. zkr: Med. praxi 2020; 17(3): 197–199

Článek přijat redakcí: 28. 11. 2019

Článek přijat k publikaci: 23. 1. 2020

kouří a jejich propagace kouření má na svědomí řadu vykouřených cigaret mezi lidem: „Když kouří XY, proč bych toho nechával/a.“ To je pak s pacienty obtížná diskuze.

Pasivní kouření

Znamená vdechování tabákového kouře z výrobků, které kouří někdo jiný. V případě KV rizika má velký význam, dokonce je samostatnou diagnózou: Z58.7. Nebojme se jí uvádět, může mít významný edukační dopad.

Specializovaná centra léčby závislosti na tabáku – motivovaní pacienti

Sem přicházejí pacienti, tedy kuřáci, kteří už jsou motivováni přestat kouřit. Bývají silně závislí, opakovaně zkoušeli přestat, ale k cigaretám se vždy vrátili. Nebo to ani nezkoušeli: „Kouřím od dvanácti, život bez cigaret si vůbec neumím představit, ale strašně se toho chci zbavit.“ Tady je adherence k léčbě jistě větší než v běžné ambulanci, i když ani tady všichni rok docházejí nevydrží.

Dokud chcete přestat, jste u nás dobře

Závislost na tabáku je chronické, relabující onemocnění. Přestat napoprvé nebo podle prvního plánu se většinou nepovede. Neznamená to slabost nebo neschopnost. Pacienti si naše pochopení pro selhání vyslechnou většinou s úlevou – sami ze sebe mají špatný pocit, neúspěchy snižují sebevědomí. Průměrně naše centrum během roku navštíví kuřáci 5x, někdo ale chodí častěji: pro pochvalu, pochubit se, probrat potíže (6).

Univerzální návod neexistuje

K pacientům-kuřákům přistupujeme vždy individuálně. Snažíme se najít bariéry, pro něž se léčba nedaří, snažíme se motivovat. „Co uděláte v této situaci příště místo kouření?“, „Kdy jste měl/a největší chuť kouřit?“ Je dobré vždy je pochválit, i když přijdou po relapsu: „To je skvělé, že jste to nevzdal/a, vidím, že stále chcete přestat.“

Kuřáci v okolí

Urgentní chuť kouřit trvá většinou krátce, pár minut. Když cigarety nejsou po ruce, než si je opatříme, chuť přejde. Proto je dobré odstranit všechno, co kouření připomíná, ze svého okolí,

především ovšem samotné cigarety. „Nekouřil jsem tři měsíce. Na chatě jsem se ale pak pohádal se sousedem a dostal děsnou chuť si zapálit. Jsme na samotě, tak jsem musel vzít kolo a jet do hospody. Vylezl jsem před ní s krabičkou a sirkami v ruce, že si konečně zapálím. A jak jsem tu krabičku otevíral, došlo mi, že to vůbec nechci! Tak jsem to všechno zahodil a jel zase zpátky.“ Pokud někdo žije nebo pracuje s kuřáky, má to zkrátka těžší. Nutit je přestat nejde, ale můžeme alespoň požádat, aby nekouřili v bytě/společných prostorách, aby nenechávali cigarety ležet na stole, ale měli je v garáži či někde mimo náš dosah.

Je vám líto cigarety vyhodit?

Ptejte se sami sebe, na co si je chcete schovat. Jsou i tací, kteří by bez cigaret ve své blízkosti propadali panice. Ti si mohou cigarety doma nechat na nějakém obtížně přístupném místě – ve sklepě, za skříní, na záclonové garnýži.

Obavy z nežádoucích účinků léků

To zná asi každý z nás. V případě léků závislosti na tabáku je situace někdy i humorná. „Přečetl/a jsem si příbalový leták a ono to může mít nežádoucí účinky! Tak jsem radši kouřil/a, abych si neublížil/a.“ To je zejména v případě náhradní léčby nikotinem, tedy čistého nikotinu, opravdu pro zasmání, a když si to pacient uvědomí, smějeme se společně – v tabákovém kouři vdechuje kromě zmíněného nikotinu i několik tisíc dalších látek, vesměs významně toxických, přesto se čisté formy nikotinu bojí. Názorný argument je také fakt, že kdyby měla mít cigareta příbalový leták, asi by se nevešel do celé ordinace.

Cena léků

„Na ty vaše léky nemám peníze, tak musím dál kouřit.“ Je fakt, že cena léků závislosti na tabáku je někdy bariérou v abstinenci. Stojí ale zhruba to, co krabička cigaret denně, ať se jedná o některou ze 4 forem nikotinu (náplast, žvýkačka, pastilka, ústní spray, volně prodejné v lékárně) nebo vareniklin (vázaný na recept, bez preskripčního omezení). Některé zdravotní pojišťovny přispívají na tyto léky spojené s intervencí (potvrzení z centra pro závislé na tabáku nebo poradenského centra v lékárně nebo lékaře, který má nasmlouvané výkony léčby zá-

vislosti na tabáku 25501, 25503) – přehled je na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.sltz.cz, viz Centra pro závislé na tabáku, odkaz pod mapkou. Ve většině rozvinutých zemí tuto medikaci hradí, ale u nás jsou to jen příspěvky z fondů prevence. Každopádně se ale pacienta snažíme upozornit na to, jak ochotně nosí peníze do trafiky a jak nerad do lékárny, ačkoli je to jistě lepší investice. „Cigaretu dostanete vždycky, ale nikotinovou náplast vám na ulici nikdo nedá.“ To je pravda. Cena léků ale hraje roli v případě adherence k medikaci obecně (7).

Raději tabletu než nekouřit, držet dietu nebo sportovat

Klasická situace. Ani v případě cigaret to není jiné. Navíc, lék „proti kouření“ bohužel neexistuje. To, co můžeme předepsat, jsou léky proti abstinčním příznakům, a v tom je velký rozdíl. Odpadne sice silná fyzická potřeba dávky, ale nikoli chuť kouřit vyvolaná situací, společností, ve které se mnohokrát předtím po cigaretě sáhlo. Tady léky nepomohou, nekuřácké prožívání dne se musí naučit každý sám. A právě to bývá ještě složitější než spolknout tabletu (8).

Spolupráce se specialisty

Podle pacientových obtíží se osvědčuje spolupráce s dalšími specialisty, kromě center pro závislé na tabáku s nutričními specialisty, obezitologií, tělovýchovným lékařstvím či některým fitcentrem ve vašem okolí.

Autentický terapeut

Sestra nebo lékař, z nichž je cítit kouř, mohou těžko důvěryhodně doporučovat pacientům, aby přestali kouřit. Bohužel u nás kouří kolem 15 % lékařů a téměř 40 % sester. Pokud již zdravotnický personál kouří, měl by se cigaret vzdát alespoň během ordinační doby, případně si pomoci některou formou náhradní léčby nikotinem.

Diabetes mellitus (DM)

Kouření zdvojnásobuje riziko DM II, zhoršuje inzulinovou rezistenci, průběh diabetu, snižuje účinnost léčby, poškozuje cévy. Vliv se násobí, riziko cévních komplikací kouření a komplikací diabetu je v případě obojího na jedinou (diabetik, který kouří) zhruba 14x vyšší než pro diabetika či kuřáka samostatně, zhoršuje se hojení ran (diabetická noha, amputace!), zvyšuje se riziko cévních komplikací včetně

selhání ledvin, retinopatie, neuropatie. Ale po zanechání kouření se může glykemie, resp. glykovaný hemoglobin přechodně lehce zvýšit (v řádu měsíců až 2 let). Důvod jasný není, snad souvisí částečně s možným zvýšením hmotnosti. Pozor – neznamená to ale vyšší riziko pro pacienta, to se odložením cigaret jednoznačně snižuje, a to jak obecně, tak specificky z hlediska DM. Měli bychom diabetiky jen po zanechání kouření častěji kontrolovat (9).

Hypertenze

Po vykouření cigarety stoupne tlak krve v průměru o 20 mmHg, kouření hypertenzi jistě nepomáhá. Ale po odložení cigaret se může tlak krve rozkolísat v řádu měsíců až roku. Také zde jsou dobré častější kontroly (10).

Zvýšení hmotnosti

To může po zanechání kouření opravdu nastat, v průměru se první rok (pak už ne!) přiberou 4–5 kg. Má to příčinu jednak mechanickou (jídlo místo cigarety), jednak metabolickou.

Doporučení k té první je jasné: obložit se zeleninou (pozor, ovoce je sladké), pít neslazené tekutiny a hýbat se. Ale pacient pak řekne: „Stejně jím, stejně se hýbu, jako když jsem kouřil, ale přibíral jsem.“ I když to tak nevypadá, může

mít pravdu. Nikotin zpomaluje motilitu žaludku, proto je jedním z abstinenčních příznaků hlad, dále urychluje peristaltiku distální části střeva, proto je jedním z abstinenčních příznaků obstrukce. Může se ale také snížit bazální metabolismus (odpadne vyplavování stresových hormonů po cigaretě), a to až o cca 10 %, tedy cca 800 kJ. Publikace sledovaly specificky vliv možného zvýšení hmotnosti na KV riziko a to po zanechání kouření jednoznačně pokleslo, i když bývalý kuřák přibíral víc než průměrně. Obecně je dobré doporučit pacientům nejdříve přestat kouřit, pak řešit váhu. A také užívat léky závislosti na tabáku co nejdéle, není výjimkou doporučení 6–12 měsíců. Hlad a zvyšování hmotnosti jsou mezi abstinenčními příznaky a právě kvůli abstinenčním příznakům se tyto léky užívají (11, 12).

Deprese – KV RF

Pacienti s depresí častěji kouří, kuřáci mají častěji depresi, deprese je RF KV onemocnění, pacienti s KV onemocněním mají častěji depresi. Jak to rozetnout? Samozřejmě přestat kouřit. Cigareta sice na pár minut zlepší náladu (vyplavení dopaminu v nukleus accumbens), ale pak ji naopak zhoršuje. Přestat kouřit bývá dokonce porovnáváno s účinkem antidepresiv (13).

Závěr

V ČR kouří cca 29 % populace nad 15 let, 35 % mužů, 23 % žen, ve věku 15–24 let kouří 24 % mladých (14), po celé těhotenství zhruba 7 % nastávajících matek (15) – problém se tedy bude týkat i dalších generací.

Přes impresivní možnosti dnešní kardiologie, zejména invazivní, neopomíjíme tento podstatný KV RF našich pacientů, totiž kouření. A nebudme zklamaní, že většina pacientů po jednom našem doporučení cigarety neodloží – právě soustavně, alespoň krátké intervence každého zdravotníka při každém klinickém kontaktu mají velký význam. A slovo kardiologa či jiného lékaře zejména.

Kde hledat kontakty

Web Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku na www.slzt.cz nabízí kontakty na:

- 43 Center pro závislé na tabáku
- cca 150 lékáren poskytujících poradenství
- přes 200 vyškolených ambulantních lékařů
- linku pro odvykání 800 350 000
- 4 adiktologické ambulance
- několik mobilních aplikací zdarma v češtině
- odkaz na www.koureni-zabiji.cz
- + další zdroje informací

Podpořeno projektem UK PROGRES Q25/LF1

LITERATURA

1. SCORE algoritmus pro výpočet desetileté pravděpodobnosti fatální kardiovaskulární příhody založený na Weibullově modelu [online]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/score-algoritmus-pro-vypocet-desetilete-pravdepodobnosti-fatalni-kardiovaskularni-prihody-zalozeny-na-weibullove-modelu/a-2177/>.
2. Anthony D, George P, Eaton CB. Cardiac risk factors: environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essent.* 2014; 421: 16–20.
3. Montoya ID, Herbeck DM, Svikis DS, Pincus HA. Identification and treatment of patients with nicotine problems in routine clinical psychiatry practice. *Am J Addict.* 2005; 14(5): 441–454.
4. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120: 1598–1605.
5. Ludka O. Motivace pacienta k celoživotnímu užívání léků u arteriální hypertenze. *Med. praxi* 2017; 14(1): 11–14.
6. Zvolská K, Králíková E. Centra pro závislé na tabáku v ČR v roce 2016. *Čas Lék Čes* 2017; 156(1): 19–23.
7. Kleinsinger F. Working with the Noncompliant Patient. *Perm J.* 2010 Spring; 14(1): 54–60.
8. Basu S, Garg S, Sharma N, Singh MM. Improving the assessment of medication adherence: Challenges and considerations with a focus on low-resource settings. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 2019; 31(2): 73–80.
9. Hu Y, Zong G, Liu G, et al. Smoking Cessation, Weight Change, Type 2 Diabetes, and Mortality. *N Engl J Med.* 2018; 379(7): 623–632.
10. Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des.* 2010; 16(23): 2518–2525.
11. Heggen E, Svendsen M, Tonstad S. Smoking cessation improves cardiometabolic risk in overweight and obese subjects treated with varenicline and dietary counseling. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2017; 27(4): 335–341.
12. Tonstad S. Weight gain does not attenuate cardiovascular benefits of smoking cessation. *Evid Based Med.* 2014; 19(1): 25.
13. Stepankova L, Kralikova E, Zvolška K, et al. Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up. *Ann Behav Med.* 2017; 51(3): 454–463.
14. Csémy L, Fialová A, Kodl M, Skýřvová M. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. SZÚ, 2019 [online]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani-tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf.
15. Nechanská B, Mravčík V, Sopko B, Velebil P. Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy, Česká gynekologie, 2012; 77(5): 457–469.